

DEMANDE D'ADHESION INDIVIDUELLE 2025

Agents des Collectivités Territoriales

Garanties de prévoyance par CONVENTION DE PARTICIPATION

Contrat N° 74.4.M.0001234.000010 - 11

Ville de Saint-Etienne Saint-Etienne Métropole

Madame Monsieur

Matricule : Date d'entrée dans la collectivité :

Indiquez les chiffres sans la lettre

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Courriel : @

N° SS : Clé Date de Naissance :

J'accepte de recevoir toute communication par mail : OUI NON

GARANTIES OBLIGATOIRES	TAUX DE COTISATIONS	
	FONCTIONNAIRES CONTRACTUELS DE DROIT PUBLIC	CONTRACTUELS DE DROIT PRIVE
	Revenu brut de référence TI+CTI+NBI+RI+ICCSG+TRANSFERT P/p	Revenu soumis à cotisations sociales
Fonctionnaires - Contractuels de droit public et privé		
<input checked="" type="checkbox"/> Indemnités Journalières (IJ) + Invalidité + Décès toutes causes	2,40%	
Bénéficiaires du capital décès	<input type="checkbox"/> Désignation de bénéficiaires (ordre contractuel) <input type="checkbox"/> Autre désignation : Formulaire à compléter (ci-après)	

TI Traitement Indiciaire - CTI Complément de Traitement Indiciaire - NBI Nouvelle Bonification Indiciaire - RI Régime indemnitaire + ICCSG (Indemnité compensatrice de la contribution sociale généralisée) + Transfert P/P (transfert Primes Points)

GARANTIE FACULTATIVE	TAUX DE COTISATIONS
Fonctionnaires - Contractuels de droit public et privé	Bloc de 50€ brut
<input type="checkbox"/> Indemnités journalières couvrant les éléments variables de paie	0,20% Par bloc
Nombre de bloc(s) de 50€ choisi :	

Paiement de la cotisation : Précompte sur salaire

Documents à fournir : copie du dernier bulletin de salaire et pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, permis de conduire, passeport ou carte de séjour)

Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Européen sur la Protection des Données Personnelles (UE) n°2016/679 du 27 Avril 2016, la Mutuelle Générale de Prévoyance et Les autres destinataires traitent vos données personnelles dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution de vos contrats et dans le cadre de la relation commerciale. Ces informations peuvent également être traitées pour répondre à des obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur telles que la lutte anti-fraude et la lutte anti-blanchiment.

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : 39 Rue du Jourdil 74960 CRAN GEVRIER ou par mail dpo@mutuelles-entis.fr

Pour davantage d'informations notamment quant à l'exercice de vos droits, retrouvez notre politique de confidentialité <https://www.mgprev.fr/politique-de-confidentialite> ou dans nos Conditions Générales.

Conditions applicables en cas de démarchage :

En cas de démarchage dans les conditions de l'article L221-18-1 du code de la mutualité, l'adhérent dispose d'un délai constitué de 14 jours calendaires (y compris dimanches et jours fériés) à compter de la signature du bulletin d'adhésion pour renoncer à la souscription de ses garanties. Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié, il sera prolongé au premier jour ouvrable suivant.

Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat. En cas d'adhésion à plusieurs garanties auprès de plusieurs organismes, la renonciation doit être adressée à chacun des organismes offrant la ou les garanties dont l'adhérent entend obtenir la résiliation. L'exercice de ce délai de rétraction s'effectuera sous peine de nullité, sous forme d'un courrier recommandé avec accusé de réception suivant le modèle proposé ci-dessous.

Modèle de lettre de résiliation :

« Madame, Monsieur, »

En application de l'article L221-18-1 du code de la mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties souscrites en date du __ / __ / _____. Cette rétraction prend effet à la date de signature du bulletin d'adhésion.

Veuillez agréer.... « Lieu-Date-Nom-Prénom-Signature ».

Conditions applicables en cas de vente à distance

En cas de vente à distance dans les conditions de l'article L221-18 du Code de la Mutualité, l'adhérent est informé de la faculté qui lui est donnée de renoncer librement à la présente souscription par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter soit de la date d'effet de l'adhésion soit à la date de réception des conditions d'adhésion et informations légales afférentes à sa garantie si elle est postérieure. Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat. L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat. En cas d'adhésion à plusieurs organismes, la renonciation doit être adressée à chacun des organismes offrant la ou les garanties dont l'adhérent entend obtenir la résiliation.

Modèle de lettre de renonciation à adresser en RAR à chaque organisme en cas de vente à distance

« Madame, Monsieur »

En application de l'article L221-18 du code de la mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties proposées dont les conditions d'adhésion et informations légales me sont parvenues en date du __ / __ / _____. (Cachet de la poste faisant foi). Cette rétraction prend effet à la date prévu au contrat.

Veuillez agréer.... « Lieu-Date-Nom-Prénom-Signature »

Je, soussigné(e).....déclare, à la date de signature du contrat :

a) Avoir reçu la notice d'information incluant la fiche IPID (*document standardisé, issu d'une directive européenne qui réglemente la transparence de l'information sur les produits d'assurance*), les conditions générales des garanties et la désignation de bénéficiaires. Je prends note que les Statuts et le Règlement Intérieur de la Mutuelle sont consultables sur <https://www.mgprev.fr/documentation>

b) Ne pas être en arrêt de travail, invalidité, maternité, disponibilité d'office pour raison médicale, pour convenance personnelle, en congé parental ou encore en accident de travail ou maladie professionnelle.

c) M'être vu proposer et expliquer, par la Mutuelle, plusieurs options en fonction de l'analyse de mes besoins et avoir choisi l'option cochée en toute connaissance de cause.

Je certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Je suis une Personne Politiquement Exposée (PPE*) OUI NON.

**PPE : Personne exposée à des risques particuliers en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'elle exerce ou a exercé pour le compte d'un Etat ou de celles qu'exercent ou ont exercé des membres directs de sa famille ou des personnes connues pour lui être étroitement associées.*

A Le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE
39 RUE DU JOURDIL
CS 99050 – CRAN-GEVRIER
74992 ANNECY CEDEX 9

Ou par mail à : designation-beneficiaire@mgprev.fr

Références contrats : Contrat N° 74.4.M.0001234.000010 - 11

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES

IMPORTANT

Vous bénéficiez d'un contrat permettant le versement de prestations en cas de décès. Cet imprimé vous permet d'indiquer le ou les bénéficiaires de ces prestations.

Si la désignation est incomplète ou ambiguë, nous ne pourrons pas verser immédiatement la prestation décès et devons attendre que le tribunal compétent détermine qui est le ou les bénéficiaires.

Ce document, dûment complété et signé par vos soins est à retourner par tout moyen à votre convenance à la Mutuelle Générale de Prévoyance. Nous mettons également à votre disposition l'adresse électronique dédiée : **designation-beneficiaire@mgprev.fr**

Adhérent

Ville de Saint-Etienne

Saint-Etienne Métropole

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° Sécurité Sociale :

Choix de votre désignation à compléter au verso

CHOIX N°1 – BENEFICIAIRES DESIGNES DANS MON CONTRAT
Versement des prestations conformément à la clause prévue dans mon contrat

En cas d'absence de désignation expresse de bénéficiaire, ou de prédécès de tous les bénéficiaires, le capital est attribué selon l'ordre de priorité suivant :

- Au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut au concubin notoire ou au partenaire de PACS,
- A défaut à ses enfants vivants ou représentés,
- A défaut à ses petits-enfants,
- A défaut de descendants directs, à ses parents survivants,
- A défaut de ceux-ci, aux grands-parents survivants,
- A défaut, et par parts égales, à ses frères et sœurs,
- A défaut, aux héritiers et selon la répartition en vigueur conformément aux principes du droit de la succession.

En cas de déshérence, les capitaux non réglés sont versés à la Caisse des dépôts et consignations (CDC) à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de connaissance du décès de l'Assuré ou de l'échéance du contrat ou de l'adhésion.

L'Assuré a le droit de modifier à tout moment la clause bénéficiaire, en particulier lorsque sa situation familiale change (mariage, divorce, séparation, naissance, adoption...).

CHOIX N°2 – DESIGNATION PARTICULIERE DE BENEFICIAIRES
A compléter uniquement si vous refusez le choix n°1

Attention : lorsque vous désignez plusieurs bénéficiaires, il est important de préciser l'ordre de priorité ou le pourcentage attribué à chacun d'eux.

Je souhaite désigner d'autres bénéficiaires que ceux prévus dans mon contrat :

% attribué ou ordre	Nom - Prénom	Date de Naissance	Adresse

Fait à le

Signature